Державній службі з лікарських засобів та контролю за наркотиками в Одеській області

Від:

|  |
| --- |
| (Прізвище, ім’я, по батькові) |
|  |
| (адреса) |
| (телефон) |
| (соціальний стан) |

**ПРОПОЗИЦІЯ, ЗАЯВА, СКАРГА**

(необхідно підкреслити)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |
| (дата) |  | (підпис) |

Я даю згоду на обробку моїх персональних даних з відомостей, які надаю про себе, з метою забезпечення реалізації адміністративно-правових відносин.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |
| (дата) |  | (підпис) |

Я даю згоду на обробку моїх персональних даних з відомостей, які надаю про себе, з метою забезпечення реалізації адміністративно-правових відносин.